

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1970

---

THÈSE

N°

806

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Jacques, Marie BESNIER**

Né le 14 Novembre 1938 à Laval

*Gynécologue-accoucheur*

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

LA PLACE DU FORCEPS  
DANS LA PRATIQUE OBSTETRICALE  
ACTUELLE

---

Président : Monsieur R. MERGER (Professeur)

---

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne  
PARIS-VI\*

1970



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1970

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques, Marie BESNIER

Né le 14 novembre 1938 à Laval

Gynécologue-accoucheur

--:-

Présentée et soutenue publiquement le

--:-

LA PLACE DU FORCEPS DANS LA  
PRATIQUE OBSTETRICALE ACTUELLE

--:-

Président : Monsieur R. MERGER (Professeur)

--:-

DACTYLO-SORBONNE  
8, rue Casimir Delavigne  
PARIS - 6ème  
1970



A mon PERE

A ma MERE

A ma SOEUR



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A Monsieur le Professeur R. MERGER

Professeur à la Faculté de Médecine  
de Paris

Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous  
faire l'honneur de  
présider cette thèse

A Monsieur le Professeur ROUCHY

Nous lui devons, grâce à son  
enseignement et à son  
exemple, le goût de notre  
métier

Qu'il trouve ici l'expression  
de notre gratitude

Au Docteur M. Ph. TORRE

Chef du service de la maternité  
de l'hôpital de Neuilly

Il nous a donné le sujet de  
cette thèse, conclusion de  
son enseignement

Nous tenons à le remercier  
très vivement de ses conseils  
et de la sympathie qu'il nous  
a manifestée au cours des  
études de spécialité et qui  
nous ont infiniment aidé

Qu'il trouve ici l'expression  
de notre très respectueuse  
gratitude

Au Docteur MARTIN

Au Docteur BERTRAND

Qu'ils trouvent ici l'ex-  
pression de nos remercie-  
ments et de notre respect

A tous mes amis

qui ont rendu supportable

A toutes mes amies

qui ont rendu agréable

le temps de mes études de  
médecine



LA PLACE DU FORCEPS DANS  
LA PRATIQUE OBSTETRICALE ACTUELLE

- :-



"J'enseigne qu'on n'est pas obligé de se faire accoucheur. Quand on ne sait pas ce métier là, rien n'empêche d'en apprendre un autre"

PAJOT

Lettre à Monsieur le Docteur  
Tarnier



PLAN

Introduction

1) Etude des 502 cas de forceps de la Maternité de Neuilly.

A. Généralités

B. Conditions d'applications ; instruments utilisés.

C. Etiologie

- Indications obstétricales
- Indications médicales

D. Conséquences maternelles

E. Conséquences infantiles

- mortalité infantile
- réanimations infantiles
- morbidité secondaire

F. Conclusion

2) Etude de la littérature

Positions des différents auteurs

Conclusions



## INTRODUCTION

---

Le forceps est un instrument utilisé depuis longtemps déjà dans la pratique obstétricale. Son histoire, pittoresque, remonterait même au-delà de "l'Invention" des célèbres Chamberlain. En tout cas, dès le 18<sup>e</sup> Siècle, le forceps tenait une place de choix dans l'arsenal thérapeutique de l'obstétrique, bien pauvre il est vrai à cette époque. "Créer des modèles nouveaux, en perfectionner les formes, étudier les courbures ..., croiser ou ne pas croiser les branches, trouver le meilleur tracteur et son meilleur point d'application, alléger le métal, telles étaient les préoccupations qui ont accaparé des carrières entières d'accoucheurs célèbres, à bien juste titre à l'époque." (Merger)

Depuis lors, de nouvelles techniques sont apparues. Les unes déjà anciennes : introduction de l'opération césarienne corporéale, puis de la césarienne segmentaire ; les autres plus récentes : utilisation des ocyto-ciques, de la préparation psycho-prophylactique, des différents procédés d'analgésie ou d'anesthésie. Tout cela a bien sûr considérablement transformé la pratique obstétricale quotidienne.

Par ailleurs, l'application des découvertes scientifiques modernes au domaine obstétrical a élargi le champ des études et renouvelé leur intérêt. Citons entre autres : des techniques

d'exploration spéciales, amniocentèse, utilisation des ultra-sons, analyses biochimiques, électrocardiographie foetale, etc.

Il nous a pourtant semblé qu'il était intéressant encore de faire le point en quelque sorte, sur l'utilisation moderne de ce vieil instrument. En effet, il est difficile de saisir, à première vue, quelle est sa place actuelle dans l'arsenal de la thérapeutique obstétricale, aujourd'hui si riche. Après l'avalanche des découvertes récentes, où se retrouve le forceps, bousculé de la place de choix qu'il occupait autrefois ? D'autant plus qu'à l'heure actuelle, le problème posé à l'accoucheur n'est plus de faire naître un enfant à tout prix par voie basse, ni même de le faire naître vivant, mais d'avoir des nouveaux-nés en excellent état. "L'obstétricien n'est plus jugé sur le caractère plus ou moins brillant ou spectaculaire de ses interventions par voie basse, mais sur le nombre d'enfants mis au monde non traumatisés, ne gardant aucune séquelle de leur naissance" (Henrion). Autrement dit, dans quelles limites l'utilisation du forceps est-elle encore licite de nos jours ?

Pour répondre à ces questions, nous avons d'une part étudié les dossiers d'accouchements ayant comporté une application de forceps, au service de la Maternité de l'Hôpital de Neuilly, sur une période allant de 1959 à 1967 ; série totalisant 502 cas de forceps sur 6892 accouchements.

D'autre part nous avons étudié la littérature française et étrangère, récemment consacrée à l'utilisation actuelle du forceps, pour connaître et comprendre les positions des différents auteurs à ce sujet.

### GENERALITES

L'étude faite dans le service de la maternité de l'Hôpital de Neuilly porte sur 502 cas de forceps effectués pendant une période de 9 ans, allant de 1959 à 1957. Pendant ce temps, 6.892 accouchements ont été pratiqués. Le pourcentage de forceps est donc de 7,2 %. Mais il n'est pas égal d'une année sur l'autre, Le pourcentage le plus fort, en 1959, est de 11,1 % ; le plus faible, en 1963, est de 5,1 %.

Le nombre total de césariennes pendant ce temps atteint 262, soit un pourcentage de 3,8 %. Le pourcentage de césariennes le plus faible : 2,2 %; correspond à l'année 1959 où le pourcentage de forceps est le plus élevé.

| Total accouchements | Nombre de Forceps | %   | Nombre de césarienne | %   |
|---------------------|-------------------|-----|----------------------|-----|
| 6.892               | 502               | 7,2 | 262                  | 3,8 |

Le nombre de forceps faits chez les primipares est beaucoup plus élevé que celui des forceps faits chez les multipares. 428 primipares, pour seulement 72 multipares.

Le nombre de forceps faits en variétés postérieures ou transverses atteint un chiffre total relativement important : 139, soit un pourcentage de 27,4 % du nombre total des

forceps. Il se subdivise en : 96 variétés postérieures et 43 variétés transverses.

| nombre<br>total<br>de<br>forceps | Primi-<br>pares | multi-<br>pares | Variétés<br>poster. | Va. é-<br>tés<br>transv. |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| 502                              | 428             | 74              | 96                  | 43                       |

Par rapport aux poids des nouveaux-nés, la grande majorité des forceps a été posée sur des enfants dont le poids allait de 2.510 g à 3.500. 32 enfants pesaient moins de 2.500 g et 41 plus de 4 kg.

|         |                     |                     |         |
|---------|---------------------|---------------------|---------|
| - 2.500 | 2.500<br>à<br>3.500 | 3.500<br>à<br>4.000 | + 4.000 |
| 32      | 307                 | 122                 | 41      |

## ETIOLOGIE

Les indications du forceps ont été parfois obstétricales, parfois médicales, parfois mixtes, plusieurs raisons incitant à la fois à pratiquer l'extraction par forceps.

### Indications obstétricales.

Elles résultent de l'impossibilité pour l'accouchement de se terminer spontanément par voie basse, en temps normal.

1. Le défaut de contractilité était autrefois une cause relativement fréquente. Depuis l'utilisation bien codifiée des ocytociques, spécialement de la perfusion de post-hypophyse, on les corrige facilement sauf peut être dans certains cas d'accouchements réalisés sous anesthésie générale. (Selon la technique proposée par les Toulousains). Ce fut le cas une douzaine de fois.

2. C'est le plus souvent un obstacle mécanique qui empêche le déroulement normal de l'accouchement. Cet obstacle pouvant relever de causes fœtales, ou de causes maternelles.

A) La cause fœtale la plus fréquente a été la présentation postérieure. L'absence de rotation s'accompagnant d'une moins bonne flexion, réalise un obstacle mécanique à la descente normale de la tête fœtale. Souvent

la difficulté peut être corrigée par la perfusion d'ocytocique qui aide la rotation à se faire en temps voulu. La rotation manuelle ne nous a pas donné de résultats satisfaisants dans ces variétés postérieures. 83 forceps ont donc été pratiqués pour défaut de rotation. Le forceps étant utilisé alors comme instrument de rotation, la plupart de ces prises, postérieures ou transverses, ont donné lieu à de grandes rotations ; seules une douzaine d'extractions ont été faites en O.S. (plus 5 cas d'extraction en O.S. par erreur de diagnostic, confusion de position avec occipito-pubienne).

On a d'ailleurs fait plus de 83 forceps de rotation, mais leurs raisons d'être n'étaient pas des défauts de rotation ; c'est ainsi qu'il y a des forceps de rotation dans la rubrique : souffrance foetale, ou pathologie maternelle associée.

On a déjà signalé que 139 forceps ont été pratiqués dans des positions postérieures ou transverses.

Par ailleurs, la disproportion foeto-pelvienne par excès de volume de la tête foetale, source de dystocie mécanique ont entraîné 13 applications de forceps qui ont donné naissance à de gros enfants (dont les poids s'échelonnent de 4.000 à 4.870 g.)

Si à l'inverse on considère qu'une diminution de volume de la tête foetale peut provoquer aussi des difficultés mécaniques, 13 forceps ont été posés en cas de prématurité, mais avec en plus ici l'idée de protéger la tête foetale grâce aux cuillères du forceps.

B) Les causes mécaniques d'origine maternelle sont osseuses ou périnéales. La dystocie du détroit supérieur ne ressort pas du

forceps. Mais on a beaucoup discuté de dystocie du Détroit moyen. Dans notre série, nous n'avons pas eu à discuter la césarienne lorsque la tête était déjà engagée. C'est-à-dire qu'il nous a toujours semblé dans les 502 cas de forceps, qu'une fois la tête engagée il n'y avait pas d'obstacle insurmontable à l'extraction de l'enfant par forceps, bien que dans 20 cas, des anomalies osseuses aient été notées, cliniquement ou radiologiquement: épines sciatiques saillantes, concavité sacrée anormale, ou ogive pubienne fermée.

"lorsque l'angustie du détroit moyen est très marquée, alors elle n'est pas isolée. L'angustie ou bien se continue plus bas, ou bien a commencé plus haut dès le détroit supérieur. Celui-ci a pu parfois être franchi avec difficulté, mais la progression est encore entravée dans la partie haute du bassin, et la tête reste élevée quoique peut-être engagée au sens mathématique du terme. Ce n'est pas franchement le détroit moyen qu'il l'arrête, elle l'est avant, à la partie haute de l'excavation, et c'est alors la césarienne qu'il faut recourir. Ces faits ne sont d'ailleurs pas fréquents". (Merger)

Une seule fois pourtant le problème d'une dystocie osseuse du D.M. s'est posé, et le cas sera discuté ultérieurement, dans le chapitre des conséquences foetales du forceps. Par contre la dystocie périnéale, musculo-aponévrotique, avec la participation des releveurs intervient très souvent dans les cas de défauts de progression foetale. Elle se partage la raison d'être de cette non progression avec les mauvais efforts expulsifs des femmes. Elle partage les 145 cas d'application de forceps dans notre série. En effet "bien plus commun est l'obstacle opposé au dégagement de la tête par le dispositif musculo-aponévrotique des périnées moyen et su-

perficier, obstacle souvent rencontré chez les primipares" (Merger).

3. Pour en terminer avec les indications obstétricales, signalons enfin que dans 12 cas, les forceps ont été posés en raison d'une Hystérotomie antérieure, le plus souvent césarienne.

### Indications Médicales

La souffrance foetale a été la cause de 65 applications de forceps : Souffrance foetale décelée cliniquement par l'apparition d'un liquide teinté, ou par les modifications des bruits du coeur ; parfois par l'existence d'une procidence à dilatation complète exigeant que l'on termine rapidement l'accouchement.

Les prématurés, on l'a dit, représentent plus une indication médicale d'origine foetale qu'une indication obstétricale d'origine mécanique (13 cas).

Les indications médicales d'origine maternelle. Elles sont le fait :

- soit d'une pathologie maternelle associée, faisant éviter une prolongation du travail, par exemple : antécédents de cardiopathie, pneumopathies associées, femmes hypertendues ou néphropathiques : 48 cas d'application de forceps.
- soit de cet ensemble de femmes indisciplinées ou fatiguées, incapables de pousser, ou poussant si mal que l'expulsion traîne en longueur, et à celui de l'enfant qui n'a bien sûr rien de bon à rester coincé dans l'excavation, se heurtant la tête contre le mur périméal.

- Nous abrégeons cette situation au bout de 30' environ, en faisant une application de forceps, la plupart du temps sur des têtes en position antérieure, bas situées, ne posant aucun problème d'extraction. Nous avons noté 61 cas.

Les 145 cas de défaut de progression et d'indocilité maternelle, mauvais efforts expulsifs relèvent en partie aussi de cette clientèle ; mais nous les avons déjà signalés à propos des cas de difficulté périnéale mécanique.

Enfin 13 forceps ont été posés chez des primipares âgées de + de 35 ans.

Il reste 17 cas d'indications diverses, parmi lesquelles, 3 applications de forceps sur tête derrière, et 2 sur des présentations de la face. Quelques indications n'ont pas été précisées.

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| Accouchements sous anesthésie<br>générale ..... | 12  |
| Défaut de rotation .....                        | 83  |
| Bassins rétrécis .....                          | 20  |
| Hystérotomies antérieures .....                 | 12  |
| Gros enfants .....                              | 13  |
| Prématurés .....                                | 13  |
| Défaut de progression .....                     | 145 |
| Indocilité ou fatigue mater-<br>nelle .....     | 61  |
| Souffrance foetale .....                        | 65  |
| Pathologie maternelle associée .....            | 48  |
| Primipares âgées .....                          | 13  |
| Divers .....                                    | 17  |

## CONSEQUENCES MATERNELLES

Les conséquences maternelles des applications de forceps n'ont pas la même importance que les conséquences foetales. Elles ne mettent pas en jeu la vie de la mère. Il est cependant intéressant de les noter, l'accoucheur tenant compte à la fois de l'état de la mère et de l'enfant.

Il y a eu, dans cette série de 502 cas de forceps, deux morts maternelles à déplorer, non imputables évidemment aux forceps. Un de ces morts était due à une hémorragie foudroyante de la délivrance, avec afibrinémie, en 1961.

Un certain nombre d'hémorragies de la délivrance ont coïncidé avec des applications de forceps 7 au total, dont l'une en 1967, a été suivie d'hystérectomie d'hémostase. 5 chocs après la délivrance traités par perfusion médicamenteuses ou par transfusions sanguines, ont été notés.

Ce qui évidemment est imputable aux forceps, ce sont :

- 4 cas de déchirures vaginales importantes
- 2 cas de déchirures cervicales
- 1 cas de déchirure de la cloison recto-vaginale.

Tous ces cas ayant nécessité des réfections particulières.

Par ailleurs, il y a eu :

- 16 cas de périnés complets
- 3 cas de périnés complets compliqués
- 3 cas de traumatisme vesical, ayant provoqué une rétention d'urine anormale, mais ayant disparu à la sortie de la femme de la maternité.

On peut conclure que la pathologie maternelle consécutive à l'application de forceps dans notre série est presque négligeable.

## CONSEQUENCES FOETALES

La surveillance des nouveaux-nés est l'objet du soin constant de l'équipe médico-obstétricale. Examiné dès sa naissance par l'accoucheur, chaque nouveau-né est à nouveau examiné puis surveillé par le pédiatre du service. Si un problème grave se pose, l'enfant est confié au service voisin de pédiatrie. Ces examens et cette surveillance sont encore plus attentifs en cas de nouveaux-nés extraits par forceps, où l'on s'attache à dépister la moindre anomalie, pendant les 8 à 10 jours où le nouveau-né reste à la maternité. En effet, les résultats des applications de forceps s'apprécient finalement sur l'état du nouveau-né, tant à la naissance, qu'au cours des premiers jours de la vie.

L'étude des conséquences foetales des applications de forceps a porté sur la mortalité et la morbidité infantile. La mortalité infantile est facile à définir; encore que les observations de mort infantile, corrigées de celles qui manifestement sont sans rapport avec l'extraction instrumentale, soulèvent un certain nombre de discussions.

Quant à la morbidité, les critères les plus stricts ont été retenus pour en juger. Nous avons évité les appréciations imprécises telles "enfant vigoureux" ou enfant étonné", pour établir deux critères plus rigoureux.

1) dès la naissance, l'importance et la durée de la réanimation. Surtout pendant les années

où le test d'Apgar n'était pas encore pratiqué où l'on n'avait pas dès la naissance une appréciation scientifique de l'état de l'enfant, il nous a semblé que l'importance et la durée de la réanimation reflétaient au mieux l'état de l'enfant dès la naissance.

Il faut préciser que dans le service, presque tous les enfants nés par forceps subissent une désobstruction des voies aériennes supérieures bénéficient souvent d'oxygénothérapie, et reçoivent une injection de Solurutine. Nous avons retenus les cas où la réanimation durait plus de cinq minutes.

2) Nous avons également mis à part les cas de morbidité secondaire, ceux où une anomalie quelconque a été notée au cours des premiers jours passés dans le service, ceux où l'enfant a nécessité une surveillance ou des soins particuliers, soit à la maternité, soit en pédiatrie.

### 1) Mortalité infantile.

21 morts foetales ont été dénombrées à propos des 502 observations d'accouchements par forceps. Mais dans 6 cas, il s'agissait de mort in utero (dont deux cas d'hématomes rétro-placentaires, et un cas de malformation importante : tumeur sacro-coccygienne ayant donné lieu à un hydramnios aigu). Et, dans quatre cas, la mort est survenue pendant le travail (3 causes non précisées et une procidence du cordon). Par conséquent, dans 10 cas, le forceps a été pratiqué sur enfants morts.

Il reste 11 cas de morts foetales, survenues au moment de l'accouchement, ou dans les jours suivants, alors que le forceps avait été pratiqué sur enfant encore vivant, ayant des bruits de coeur.

Mais sur ces 11 cas, 4 morts ne sont pas im-

putables au forceps.

- Dans le premier cas, il s'agit d'un décès survenu le sixième jour après la naissance, dans un tableau d'oedème aigu pulmonaire, chez un enfant dont l'autopsie a montré une malformation cardiaque.
- Dans le deuxième cas, il s'agit d'une procidence du cordon, survenue à grande paume. En raison d'une très importante modification des bruits du coeur, le forceps est pratiqué après une incision complémentaire du  $\alpha$ . Mais i il ne permet pas de sortir à temps un enfant né en état de mort apparente, qui décède 10 minutes après, malgré la réanimation.
- Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant ayant des B.d.c. au moment de l'application du forceps ; mais né en état d'anasarque foeto-placentaire, avec volumineuse ascite, il meurt en quelques heures.
- Dans le quatrième cas, il s'agit d'un grand prématuré de 6 mois, pesant 1300 gr., qui décède dans un tableau de détresse respiratoire en couveuse.

Il reste 7 cas où se discute la responsabilité du forceps dans la mort foetale. Nous nous proposons de les passer en revue, un par un.

Observation n°1. Mme RO ... lère geste, lère  
pare de 28 ans.

Sans antécédents notables. Le travail s'est déroulé normalement. Entre petite et grande paume, une perfusion de syntocinon est posée, qui durera 2h. 20. On décide une application de forceps, pour mauvais efforts expulsifs, chez une femme indocile. Un forceps de Tarnier est utilisé en O.P. à la partie basse. Extraction d'une fille de 3 kg., née en état de syncope blanche, qu'il est impossible de réanimer.

Le cordon ombilical avait été comprimé entre la cuillère droite et la tête.

Observ. n° 2. Mme SCH... 1ère geste, 1ère pare  
20 ans.

Sans antécédents notables. Il s'agit d'une femme de 1 m 43, ayant un bassin généralement rétréci cliniquement, chez laquelle on décide une épreuve du travail. Après un début un peu lent, le travail se déroule normalement ; la tête s'engage en variété postérieure. A petite paume, on pose une perfusion de syntocinon qui dure 1 h. On décide une application de forceps, pour non-rotation. Forceps de Demelin avec lacs, en O.I.D.P. ; à la partie haute-moyenne. Aucune difficulté n'est notée lors de la rotation et de l'extraction en O.P., d'une fille pesant 3 300 g. Respirant irrégulièrement, elle subit une réanimation et ne crie qu'au bout de 15 minutes de soins. Le lendemain, on ne retrouve ni réflexe Moro, ni réflexe d'agrippement. Le surlendemain elle meurt au cours d'un accès de cyanose.

o

Observ. n° 3. Mme DU... 4e geste, 1ère pare,  
27 ans.

3 fausses-couches dans les antécédents obstétricaux. Aucun antécédent pathologique médical.

Il s'agit d'une femme ayant pris plus de 20 Kg présentant des oedèmes considérables, des traces d'albumine, et une T.A. à 15/9. Elle a dû être hospitalisée avant l'accouchement pour mise au repos et régime surveillé. Le travail se déroule normalement. Une perfusion de syntocinon est posée, qui durera 1 h 40. En raison de l'inefficacité des efforts expulsifs, on pratique une extraction par forceps de Demelin, en O.I.G.A., à la partie basse. Extraction très facile d'un garçon de 2 700 g, avec b.d.c., mais sans mouvements

respiratoires. On a noté l'apparition d'un liquide méconial au moment de l'extraction. Malgré la réanimation, les battements cardiaques cessent au bout de quatre minutes.

o

Observ. n° 4. Mme PO... 1ère geste, 1ère pare,  
15 ans.

Elle est en traitement pour séquelles de R.A.A. (cortisone, extencilline). Chez cette très jeune primipare, le travail se déroule normalement. On pose une perfusion de syntocinon à grande paume qui durera 1 h 45. Quand la tête est en O.I.G.P., à la partie moyenne de l'excavation, les bruits du coeur se modifient, devenant lointains et ralentis. En raison de cette souffrance foetale qui se prolonge, on décide une extraction par forceps de Tarnier en O.I.G.P. à la partie moyenne. Les manoeuvres de rotation et d'extraction en O.P. sont faciles. Naissance d'un garçon de 3.330 g, en état de mort apparente, que la réanimation ne permet pas de sauver.

o

Observ. n° 5. Mme LE BO... 2e geste, 1ère pare  
29 ans.

(une fausse-couche antérieure). Antécédents :  
R.A.A. sans séquelles.

Il s'agit d'une grossesse gemellaire, avec accouchement prématuré. Le premier jumeau, pesant 1 930 g. est transféré au service des prématurés. Le deuxième jumeau, en raison d'une absence de progression est extrait par forceps de Tarnier en O.I.G.P., à la partie moyenne de l'excavation. La rotation et l'extraction de ce garçon de 2 970 g. se révèlent difficiles. Il ne crie qu'après désobstruction des V.A.

supérieures ; et quelques heures après, il présente une hypotonie et de la cyanose. Le lendemain, hypotonique et sans réflexes, il meurt.

On note une très importante ecchymose pariéto-occipitale droite.

o

Observ. n° 6. Mme LA... 1ère geste, 1ère pare, 24 ans.

Antécédents : tumeur blanche tuberculeuse du poignet gauche.

Elle a été hospitalisée pour H.T.A. à 17/11, avec oedèmes et traces d'albuminurie, au terme de 7 mois et demi.

Lors de l'accouchement à terme, l'hypertension n'a pas cédé et reste à 16/10. Par ailleurs, chez cette femme de 1 m 53, si le promontoire n'est pas atteint, les L.I. sont suivies dans leur presque totalité. Une R.P.M. montre un diamètre bisciatique réduit à 9 cm.

Le travail se déroule presque normalement. L'engagement n'a lieu cependant qu'après petite pause. Une perfusion est alors posée qui dure 2 h. A dilatation complète, la tête engagée reste à la partie haute de l'excavation, en O.I.G.P., mal fléchie, avec asynclitisme postérieur.

Devant un arrêt de la progression, à la partie moyenne en O.I.G.P., après une heure d'efforts expulsifs, on décide de pratiquer un forceps (Demelin avec lacs). La rotation et l'extraction ne sont pas particulièrement difficiles ; mais l'enfant de 3.320 g ne respire qu'après 10 minutes de soins. Elle est hypotonique et décède 3 h. et demi après la naissance.

o

Observ. n° 7. Mme TE... lère geste, lère pare,  
20 ans.

Pas d'antécédents pathologiques notables. Elle présente une prise de poids excessive de plus de 15 kg, et une grossesse prolongée de 12 jours d'après la date des dernières règles. Le début de travail est difficile, obligeant à poser une première perfusion, car la dilatation se fait mal. Alors que la dilatation est à 3 cm, la tête appliquée au D.S., on note l'apparition d'un liquide teinté. A 7-8 cm, on pose une deuxième perfusion, puis une troisième perfusion, 2 h. après, la dilatation étant de 9 cm, la tête seulement en voie d'engagement.

Ce n'est donc qu'au bout de 5 h. de perfusion que la dilatation est à complète, la tête engagée en O.I.G.A., à la partie haute. On attend encore une heure vingt avant de poser un forceps, pour non progression et inefficacité des efforts expulsifs. Forceps de Tarnier en O.I.G.A., à la partie moyenne.

Extraction d'un garçon de 3 900 g. Apgar : 6  
L'enfant ne crie qu'après 10 minutes de réanimation. Il meurt le surlendemain dans un tableau de cyanose et détresse respiratoire.

L'étude de ces observations de mort foetale mérite d'être discutée et soulève quelques questions sur la responsabilité du forceps dans ces accidents.

Il semble d'abord que dans l'observation n° 4 concernant cette jeune primipare de 15 ans, la responsabilité du forceps puisse être écartée, et que c'est plutôt l'apparition de la souffrance foetale, brutale, extrême, prolongée, sans cause décelable, qui soit responsable de la mort de l'enfant. Le forceps, posé sans difficulté, n'a pas permis d'extraire à

temps un enfant né en état de mort apparente, qui n'a pas pu être réanimé.

Au contraire, dans l'observation n° 1, le forceps, par erreur de technique opératoire, comprimant le cordon entre la cuillère et le crâne, est le seul responsable de la mort de l'enfant.

L'observation n° 6 a été le seul cas de dystocie osseuse vraie du D.M. rencontrée dans les 502 cas de forceps. A relire cette observation, il semble bien qu'il aurait été préférable de pratiquer une césarienne. La difficulté notée dès l'engagement de la tête, en orientation postérieure ; puis la mauvaise adaptation foeto-maternelle ; enfin l'absence de progression à la partie haute de l'excavation aurait dû conduire à une césarienne, même sur tête engagée ; d'autant plus que chez cette femme de 1 m 53 on était prévenu par la R.P.M. d'un rétrécissement du D.M. La décision de laisser l'accouchement se terminer par voie basse, autant que l'application terminale de forceps, semblent responsables de la mort de l'enfant. De même pour l'observation n° 7, où la conduite du travail autant que l'application de forceps, peuvent être retenues comme causes de la mort foetale.

Il faut noter aussi que sur les 6 morts d'enfants ainsi retenues, il y a 3 variétés antérieures et 3 variétés postérieures ; que le poids des enfants va de 2.700g à 3.900 g.

T A B L E A U

MORTALITE INFANTILE

| Parité<br>Age   | Perfusion<br>d'ocytoc.<br>durée | Au moment<br>prise par<br>haut | de la<br>forceps<br>Orient. | Diff.<br>techn. |
|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 1G 1P<br>28 ans | oui<br>2 h 20                   | p.bas-<br>se                   | O.P.                        | 0               |
| 1G 1P<br>20 ans | oui<br>1 h                      | p.haute<br>moyenne             | O.I.D.P.                    | 0               |
| 4G 1P<br>27 ans | oui<br>1 h 40                   | p.basse                        | O.I.G.A.                    | très<br>facile  |
| 1G 1P<br>15 ans | oui<br>1 h 45                   | p.moyen-<br>ne                 | O.I.G.P.                    | 0               |
| 2G 1P<br>29 ans | non                             | p.moyen-<br>ne                 | O.I.G.P.                    | ++              |
| 1G 1P<br>24 ans | oui<br>2 h                      | p.moyen-<br>ne                 | O.I.G.P.                    | 0               |
| 1G 1P<br>20 ans | oui<br>6 h 30                   | p.haute                        | O.I.G.A.                    | 0               |

| Etiologie                          | Poids | Etat à la naissance     | Date de la mort  | Observation                                    |
|------------------------------------|-------|-------------------------|------------------|------------------------------------------------|
| indocilité maternelle              | 3000  | syncope blanche         | quelques minutes | Cordon comprimé entre cuillère et tête foetale |
| non-rotation                       | 3300  | 15' de réanimat.        | 3e jour          |                                                |
| inefficacité des efforts expulsifs | 2770  | b.d.c. + ne respire pas | quelques minutes |                                                |
| souffrance foetale                 | 3330  | mot apparente           | quelques minutes | souffrance foetale responsable de la mort      |
| non-progression                    | 2970  |                         | 2e jour          | grossesse gemellaire                           |
| non-progression                    | 3320  | 10' de réanimat.        | 3 h.             | Dystocie du D.M.                               |
| non-progression                    | 3900  | 10' de réanimat.        | 3e jour          |                                                |

## 2) Réanimations infantiles.

Nous ne donnerons ici que les cas de réanimations importantes pratiquées dès la naissance, pendant cinq minutes ou plus, et qui n'ont pas été suivies ni de mortalité ni de morbidité secondaire. Il s'agit en quelque sorte de réanimations isolées ; les cas où la réanimation a précédé une pathologie secondaire seront signalés dans la rubrique : morbidité secondaire.

17 cas ont été ainsi notés, ce qui représente sur les 502 cas de forceps un pourcentage de 3,3 %. cf. tableau.

Sur ces 17 cas de réanimations, il faut noter au point de vue présentation :

- 2 extractions de têtes dernière
- 5 variétés postérieures (avec 3 extract. en O.S.)
- 10 variétés antérieures.

Par ailleurs il y a 3 cas de forceps pour des enfants de moins de 2500 g. 3 cas pour lesquels il y avait en plus un circulaire ou un double circulaire du cordon ; 1 cas de grossesse prolongée.

Ces enfants, ayant subi une réanimation plus importante que la normale, sont sortis en bonne santé de la maternité, après un séjour d'une durée normale, sans avoir, repétons-le, présenté de morbidité secondaire (sauf un prématuré de 2000g, qui a été transféré au service des prématurés).

TABLEAU DE REANIMATION

| N° | Hauteur<br>de la tête | Orientation                       | Etiologie<br>du forceps                                    | Poids  | Réanimation                           | Observations                    |
|----|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1  | partie<br>basse       | O.S. ex-<br>tract. O.S            |                                                            | 3000 g | 4'                                    | Bien à la sortie                |
| 2  | partie<br>basse       | O.I.D.A.                          | Souffrance<br>foetale                                      | 2150 g | quelques<br>minutes                   | R.A.S.                          |
| 3  | Partie<br>basse       | O.P.                              | Prématuri-<br>té                                           | 2000 g | 5' respira-<br>tion arti-<br>ficielle | Passé au servi-<br>ce prématuré |
| 4  | Partie<br>moyenne     | O.I.D.P.<br>Extraction<br>en O.S. | Souffrance<br>foetale                                      | 2950 g | 10'                                   | Double circul.                  |
| 5  | Partie<br>basse       | O.I.D.P.                          | Cause mé-<br>dicale ma-<br>ternelle<br>(pneumopa-<br>thie) | 3120 g | 5'                                    | Rien à la sor-<br>tie           |
| 6  | Partie<br>basse       | O.P.                              | Non pro-<br>gression                                       | 3360 g | 5'                                    | Circul. du cor-<br>don          |

|    |                |                                 |                    |        |                  |                               |
|----|----------------|---------------------------------|--------------------|--------|------------------|-------------------------------|
| 7  | Partie basse   | O.P.                            | Fatigue maternelle | 3800g  | 10'              | R.A.S.                        |
| 8  | Partie basse   | O.I.D.A.                        | Fatigue maternelle | 3400 g | 7'               | R.A.S.                        |
| 9  | Partie moyenne | O.I.G.P.<br>Extract.<br>en O.S. | non rotation       | 3700 g | 5'               | R.A.S.                        |
| 10 | Partie moyenne | O.I.G.A.                        | souffrance foetale | 2500 g | 10'              | Grossesse prolongée           |
| 11 | Partie basse   | O.I.D.P.                        | non rotation       | 2400 g |                  | 1er jumeau HTA pdt le travail |
| 12 | Partie basse   | O.I.G.A.                        | non progression    | 2960 g | quelques minutes | R.A.S.                        |
| 13 |                | SIEGE                           | souffrance foetale | 2800 g | 5'               | Prématuré de 8 mois R.A.S.    |
| 14 | Partie basse   | O.P.                            | Non progression    | 3580 g | 5'               | Double circul.                |

| N° | Hauteur<br>de la tête | Orientation | Etiologie<br>du forceps | Poids  | Réanimation | Observations |
|----|-----------------------|-------------|-------------------------|--------|-------------|--------------|
| 15 | Partie<br>basse       | O.I.G.A.    | Souffrance<br>foetale   | 2570 g | 5'Apgar :6  | R.A.S.       |
| 16 | Partie<br>basse       | O.I.D.A.    | Non pro-<br>gression    | 3200 g | 5'Apgar :6  | R.A.S.       |
| 17 |                       | SIEGE       |                         | 3540 g | 10'Apgar:4  | R.A.S.       |

### 3) Morbidité infantile.

L'application de forceps provoque un certain nombre de lésions minimes, par exemple : marque des cuillères sur la peau ou même plaies cutanées au niveau des points d'application. Il ne s'agit que de lésions superficielles.

Plus importants sont les cas de céphalématomes et des paralysies faciales. Nous avons relevé :

- 38 cas de céphalématomes,
- 14 cas de paralysies faciales, qui avaient toutes ou régressé ou presque entièrement régressé, au moment de la sortie de l'enfant.

Un cas de paralysie brachiale a été noté chez un enfant de 4870 g, extrait par forceps. Mais la dystocie des épaules est seule responsable de cette paralysie.

Plus graves et délicats sont les cas de morbidité suivants, surtout quand ils dénotent une lésion cérébro-méningée. Nous les résumerons de la façon suivante :

- les cas d' "irritation cérébrale" où ont été remarqués des troubles neurologiques (trémulations, hypertonie, etc.) ou des troubles respiratoires (dyspnée, cyanose). Mais ces troubles, s'ils ont nécessité une surveillance particulière, sont restés passagers et n'ont pas été suffisamment graves pour faire pratiquer une ponction lombaire ou transférer l'enfant en pédiatrie.
- les cas graves où la ponction lombaire a été pratiquée ; elle a été faite 7 fois, et dans 3 cas l'enfant a été transféré en pédiatrie.

- 2 cas de réanimation secondaire ont été relevés. Alors que les cinq premières minutes s'étaient passées normalement, l'enfant a présenté secondairement des troubles respiratoires, nécessitant une réanimation identique à celle pratiquée dès la naissance
- 2 enfants enfin ont été transférés en pédiatrie pour infections et 8 pour prématurité. (Ces derniers cas ne relevant pas de la pathologie du forceps).

MORBIDITE SECONDAIRE

---

|             | Pari-<br>té<br>Age      | Hau-<br>teur       | Orien-<br>ta-<br>tion | Etiologie<br>du<br>forceps | pds    | Réanim.<br>à la<br>naiss. | Morbidité<br>secondaire                                                                     | Evolution                                                       |
|-------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|--------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 330<br>1959 | 1 G<br>1 P<br>20<br>ans | p.<br>mo-<br>yenne | OIDT                  | non<br>rotation            | 3470 g | oui<br>6'                 | Le lendemain :<br>raideur<br>P.L. : liquide<br>xanthochromique<br>q.q. G.R./mm <sup>3</sup> | évolution normale<br>sortie en temps<br>normal<br>examen normal |
| 781<br>1961 | 1 G<br>1 P<br>21<br>ans | p.<br>mo-<br>yenne | OIGA                  | non<br>progres-<br>sion    | 3460 g | < 5'                      | Le lendemain :<br>hypotonie et<br>rrémulation<br>P.L. : 340.000<br>G.R./mm <sup>3</sup>     | évolution normale<br>examen normal à<br>la sortie               |
| 569<br>1962 | 1 G<br>1 P<br>36<br>ans | p.<br>bas-<br>se   | OIGA                  | non<br>progres-<br>sion    | 3840 g | < 5'                      | Le lendemain :<br>mots convulsifs,<br>trémulation<br>P.L. : liquide<br>xanthochromique      | examen normal<br>à la sortie                                    |
| 533<br>1965 | 2 G<br>1 P<br>31 a      | p.<br>hte          | OIGP                  | non<br>rotation            | 3650 g | < 5'                      | P.L. : liquide<br>xanthochromique                                                           | examen normal<br>à la sortie                                    |

|             |                         |                    |      |                                                      |        |            |                                                                         |                                                                                                                          |
|-------------|-------------------------|--------------------|------|------------------------------------------------------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 181<br>1960 | 1 G<br>1 P<br>21<br>ans | p.<br>hte          | OIGP | souffran-<br>ce foeta-<br>le<br>fatigue<br>maternel. | 4050 g | < 5'       | P.L. : liquide<br>rosé                                                  | enfant passé en<br>médecine infan-<br>tile ?                                                                             |
| 481<br>1964 | 1 G<br>1 P<br>26<br>ans | p.<br>bas-<br>se   | O.P. | H.T.A.<br>mater-<br>nelle                            | 3900 g | oui<br>15' | convulsions<br>P.L. : hémorrag.                                         | passé en médecine<br>infantile<br>E.E.G. à 15 j. :<br>normal<br>" à 30 mois<br>normal                                    |
| 449<br>1961 | 1 G<br>1 P<br>33<br>ans | p.<br>mo-<br>yenne | OIGA | efforts<br>inef-<br>ficaces                          | 3200 g | 0          | 5' après la<br>naissance :<br>apnée second.<br>réanimation<br>prolongée | dès le lendemain<br>R.A.S.<br>examen normal à<br>la sortie                                                               |
| 139<br>1966 | 1 G<br>1 P<br>21<br>ans | p.<br>bas-<br>se   | O.P. | non<br>progres-<br>sion                              | 3180 g | 0          | 10' après la<br>naissance :<br>syncope respir.<br>réanimation           | le lendemain : lé-<br>gère trémulation<br>cyanose à la toi-<br>lette<br>P.L. : normale<br>ex. n <sup>l</sup> à la sortie |



## CONCLUSION

En conclusion de cette étude sur 502 cas de forceps, pratiqués dans le service de la Maternité de Neuilly nous sommes amenés à souligner les points suivants :

- a) une tête non engagée n'est pas justiciable d'une extraction par forceps, ni même d'une tentative d'application de forceps
- b) une tête sur le périnée peut toujours, au besoin, être extraite par forceps, sans danger pour l'enfant et la mère.

Les problèmes obstétricaux sont soulevés surtout par la situation de la tête dans l'excavation et par son orientation.

Au niveau du D.M., il semble que l'on puisse distinguer plusieurs sortes de cas et que l'attitude de l'accoucheur ne puisse pas être systématisée.

Il est une catégorie de forceps extrêmement périlleux. La tête est probablement engagée mais elle a eu des difficultés à le faire. Une anomalie osseuse a été notée, non pas tant isolée du D.M., mais probablement associée avec une angustie du D.S. Une radiopelvimétrie a pu le confirmer. L'acomodation se fait très mal engagement en orientation postérieure ou transverse ; mauvaise flexion; apparition précoce d'une bosse séro-sanguine. Ces cas sont rares, mais doivent orienter rapidement vers la césarienne, plutôt que de laisser l'accou-

chement se poursuivre péniblement par voie basse, et le terminer par un forceps compliqué. Traumatisé par un travail et un forceps difficiles, l'enfant a toutes les chances de souffrir gravement.

"Si au contraire, la tête était arrêtée à la partie haute de l'excavation, mais sans angustie pelvienne décelable ni au détroit supérieur ni au détroit moyen, on peut fort bien, comme le conseillent les Lyonnais et comme nous le faisons nous-même, procéder à l'épreuve du forceps ... On applique le forceps. Ou bien l'extraction se révèle facile et sans danger ; l'épreuve a réussi. Ou bien, s'il existe une gêne pour la pose des cuillères ou l'extraction se montre difficile, on abandonne le forceps pour la césarienne" (Merger).

Le plus souvent en fait, en cas de dystocie du D.M., c'est-à-dire de mauvaise progression de la tête dans l'excavation, ou de sa position en postérieure ou transverse, les anomalies osseuses semblent minimes et se réduisent souvent à l'expression "d'épines sciatiques saillantes". Il faut plutôt rechercher une origine musculaire à cette dystocie, d'autant plus qu'il s'agit d'une primipare, jeune, anxieuse, se relachant mal. Or "l'anomalie que constitue la fréquente rotation en occipito-postérieure est liée en grande partie à la participation des releveurs au rétrécissement".

Cette notion de dystocie du D.M. d'origine musculaire, est confirmée par l'étude de Kirk Kumholz et Callagan (obst. et Gyn. 15, 1960). Analysant 254 cas de forceps au détroit moyen, dont 104 avaient eu une radiopelvimétrie, ces auteurs se sont rendus compte qu'il n'y avait pas d'architecture pelvienne spécifique plus responsable qu'une autre de dystocie au niveau du détroit moyen, mais que l'augmentation du poids foetal et la primiparité étaient les

deux facteurs associés à une augmentation du nombre de forceps au détroit moyen. Cette association, nous l'avons retrouvé également dans nos 139 cas de forceps de rotation.

Le forceps trouve là son utilisation en tant qu'instrument de rotation, utilisation dont on a peut-être parfois exagéré les dangers. En tout cas, dans notre série de 139 forceps posés sur des variétés postérieures ou transverses, la très grande majorité des applications n'a été ni difficile ni dangereuse. C'est ainsi que sur les 6 morts fœtales retenues, il y a trois variétés postérieures pour trois antérieures. Sur les 17 cas de réanimation infantile importante, il n'y a que cinq variétés postérieures pour dix antérieures, (plus deux extractions de tête dernière). Sur les 7 cas de troubles neurologiques inquiétants, ayant nécessité une ponction lombaire, il y a 3 cas de variétés postérieures.



ETUDE DE LA LITTERATURE CONTEMPORAINE  
SUR FORCEPS

Les récentes publications concernant l'utilisation du forceps font apparaître d'abord une diminution du pourcentage de leur application. A la maternité Baudelocque par exemple, le pourcentage est passé de 5 à 6 % en 1956, à 3 % après 1961. Les raisons données à cette diminution du pourcentage des forceps sont nombreuses et s'entremêlent. Tous les progrès de la médecine et de l'obstétrique ont rétréci le champ de la dystocie, par conséquent le pourcentage de forceps. Cette diminution va de pair avec la disparition quasi-complète des embryotomies, et l'extrême rarefaction des versions par manoeuvres internes. Les progrès dans l'hygiène et la surveillance de la petite enfance ont fortement contribué à faire disparaître les dystocies osseuses importantes; les nouvelles techniques médicales de direction du travail ont rarefié les dystocies dynamiques la surveillance en cours de grossesse à contribuer à réduire la dystocie des parties molles.

Mais dans la place restreinte laissée par la dystocie restante à l'utilisation du forceps, l'attitude elle-même des accoucheurs a évolué, et explique aussi en partie, cette diminution du pourcentage des forceps. Il y a longtemps déjà que le forceps au D.S. sur tête non engagée est certain. Mais entre le détroit supérieur où elle est exclue, et le détroit inférieur où personne ne récuse son utilisation, l'application de forceps en fonction de la situation et l'orientation de

la tête dans l'excavation, pose des problèmes obstétricaux pour lesquels les solutions proposées varient avec les auteurs.

La façon même de poser les problèmes est sujet à discussion. Les Américains ont débattu de ce qu'ils appellent : lowforceps ou outlet forceps, et midforceps, pour arriver aux définitions suivantes préconisées par le "College American des Obstetriciens et Gynécologues".

D.L. Dunlop les résume ainsi (AM. J. Obst. & Gyn. 1969, n° 4)

- Outlet forceps. "C'est l'application de forceps quand le cuir chevelu est ou a été visible à la vulve, que le crâne a atteint le plancher pelvien, et que la suture sagittale est dans le diamètre antero-postérieur du pelvis."
- midforceps. "C'est l'application de forceps quand la tête est engagée, mais que les conditions définissant l'outlet forceps ne sont pas rencontrées."

C'est-à-dire que le terme de "midforceps delivery" recouvre tous les cas où la tête engagée est en variété postérieure, ou transverse (à quelque niveau que ce soit), et ceux où le diamètre bipariétal de la tête reste à peu près au niveau de la ligne interépineuse (quelque soit l'orientation). Certains auteurs ont même subdivisé le midforceps en deux catégories. Dennen E.H. distingue ainsi un midforceps et un lowmidforceps.

Ces différentes définitions sont les mêmes que celles de la littérature française, où les auteurs différencient les cas de forceps où la tête est engagée et orientée en occi-

pito-antérieure, de ceux où la tête est "de levée", ou orientée en postérieure.

Or, c'est dans ces cas de "midforceps", ou de forceps sur tête élevée, orientée en postérieure, que les attitudes thérapeutiques divergent. Le problème du forceps au détroit moyen, ou du midforceps, donne lieu à deux types de solution que l'on peut schématiquement résumer ainsi.

- dans la première optique, le forceps est considéré comme un instrument suranné, quasiment exclu de la thérapeutique obstétricale. Un article récent affirmait que l'on devait "reléguer cette technique à une place secondaire" ; l'accouchement devant se résoudre spontanément, sans intervention instrumentale, par voie basse ; sinon par césarienne. En appréciant le problème de cette façon, l'auteur américain, J.L. Wolff, faisait remarquer que l'on pouvait même se demander s'il restait une place pour les accoucheurs entre les sages-femmes et chirurgiens.
- dans la seconde optique, le forceps reste considéré comme un instrument valable, et qui garde toujours sa place. Merger : "A voir l'évolution des techniques dans notre service, on remarque un recul très net du nombre des forceps. Mais c'est au profit des méthodes médicamenteuses et de l'épisiotomie. L'instrument garde encore une place importante dans notre manuel technique ... La césarienne ne doit pas remplacer le forceps quand celui-ci, entre les mains d'un accoucheur digne de ce nom, peut être exécuté sans danger."

Les citations suivantes des principaux auteurs

ilustrent bien ces deux attitudes. Si en effet les conditions idéales d'application de forceps sont "sur une tête bien descendue à la partie basse de l'excavation, bien tournée et orientée en antérieure, et ne trouvant devant elle que l'obstacle des parties molles", la question posée est la suivante : peut-on sans danger pour la mère et l'enfant, appliquer des forceps en dehors de ces conditions idéales ?

R. Nattras. (Medical Journal of Australia).

"Le temps est maintenant venu d'abandonner la pratique du midforceps".

"La rotation avec le forceps doit être absolument refusée".

W. Cooke (Am. J. Obst. & Gyn., 1967, n° 3).

"La technique difficile du midforceps doit être remplacée par la césarienne plus sûre".

M. Lacomme et D. Lewin (Gyn. et obst. 1967, n° 3).

"Nous ne craignons pas le forceps, car nous pensons que les expulsions longues sont très dangereuses pour le fœtus, mais à la condition que la tête soit descendue et qu'elle soit en occipito-antérieure. Les applications sur tête élevée et orientée en postérieure ont été de moins en moins admises, jusqu'à devenir en principe proscrite".

D. Danforth et A. Ellis (Université de Chicago).

Ces auteurs ont fait une étude portant sur 461 cas de midforceps, sélectionnés, c'est-à-dire 461 cas de forceps au détroit moyen ou en variété postérieure (éliminant de leur

étude tout forceps à la vulve, ou en variété antérieure, ne posant pas de problèmes particuliers).

"De nos résultats, il est possible de tirer certaines conclusions préliminaires. Il est clairement évident que, lorsque le midforceps est correctement pratiqué, sur une indication correcte, il n'entraîne pas de lésions maternelles, ni de risques foetaux exagérés. Qui plus est, que nous le voulions ou pas, il doit être évident que cette intervention (midforceps) est une partie importante de notre pratique obstétricale ordinaire, et qu'elle le restera."

"L'affirmation que le forceps est tombé en désuétude et qu'il doit être remplacé par une césarienne, est une platitude commode, qui ignore le nombre important d'arrêts au détroit moyen pour lesquels la césarienne n'est pas la solution correcte."

D.L. Dunlop (Université d'Alberta).

Cet auteur a fait une étude portant sur 292 cas de midforceps (107 cas en orientation antérieure, 105 cas en orientation postérieure, 77 cas en orientation transverse). La mortalité foetale a été de zéro. La morbidité relativement peu importante. Sa conclusion est la suivante :

"L'utilisation du forceps au détroit moyen reste un procédé très valable d'accouchement dans l'obstétrique moderne".

Il faut remarquer que dans la plupart des articles, les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a de faire une radiopelvimétrie, au moindre doute de difficulté osseuse (envisagée par l'examen clinique, ou l'étude des anté-

cédents) et qu'ils rappellent l'importance des connaissances spécialisées pour pratiquer ces forceps qui requièrent une certaine habitude.

D. Danforth et A. Ellis. "L'habilité et la compétence dans l'accouchement par voie basse, quelque primordiales que puisse être les nouvelles recherches en obstétrique, restent néanmoins fondamentales, et cette habileté doit être basée sur une conception claire de l'architecture pelvienne, et des mécanismes de l'accouchement." Le titre de leur article était d'ailleurs : Midforceps Delivery, a vanishing art ? Cette nécessité d'une spécialisation dans l'art obstétrical on la retrouve soulignée dans un article d'E. Solomon (Illinois) "Je travaille dans deux hôpitaux : l'équipe médicale de l'un d'eux est entièrement composée de gynécologues-accoucheurs qualifiés ; dans l'autre hôpital la moitié des enfants est accouchée par des généralistes ... La différence des accouchements par forceps entre le groupe des spécialistes et des non-spécialistes est fantastique, de même qu'il est fantastique de comparer la mortalité et la morbidité foetale entre ces deux groupes."

## CONCLUSIONS

---

Nous avons fait une étude de 502 applications de forceps, pratiqués en l'espace de 9 ans.

- 139 ont été faits sur des variétés postérieures
- 186 ont été faits à la partie moyenne de l'excavation.
- 316 à la partie basse.

L'évolution des idées fait qu'à l'heure actuelle c'est l'indication de forceps à la partie moyenne qui est l'objet de discussions.

Cette indication doit tenir compte de la hauteur de la tête dans l'excavation, et de son orientation, mais aussi des dimensions du bassin, du volume foetal, et de l'évolution du travail.

On est ainsi conduit à renoncer parfois à une application de forceps, lorsque la tête s'est engagée difficilement au D.S., et que les difficultés doivent s'accroître dans l'excavation.

Plus souvent, l'application du forceps au détroit moyen est facilement réalisable, et quand l'indication et la technique sont correctes, elle n'entraîne pas de dangers ni pour la mère ni pour l'enfant. Des forceps appliqués alors que la tête était encore haute nous ont donné des enfants en excellent état.

Et l'utilisation du forceps en tant qu'instrument de rotation nous a été dans l'ensemble très bénéfique.

C'est ainsi que dans les 502 cas d'application de forceps

- sur les 6 cas de mortalité infantile corrigée il n'y a que 3 cas de forceps faits sur des variétés postérieures.
- sur les 17 cas de réanimation infantile excédant cinq minutes, il n'y a que 5 cas de forceps sur variétés postérieures.
- sur les 7 cas de troubles neurologiques inquiétants, ayant nécessité une ponction lombaire, il n'y a que 3 cas de forceps sur variétés postérieures.

Nous pensons donc que la place du forceps dans l'obstétrique actuelle reste importante, que la solution des problèmes de dystocie au D.M., n'est pas la césarienne, sinon exceptionnellement, et que pratiquement après utilisation de perfusion d'ocytocique, c'est le forceps qui permet de terminer ces accouchements.

Cependant la prudence s'impose toujours, et il faut savoir mettre en balance les avantages et les inconvénients d'une extraction par forceps. "C'est l'abus du forceps qui a parfois jeté le discrédit sur une opération à laquelle bien des nouveaux-nés doivent la vie." (MERGER)

C'est pourquoi la pratique du forceps, qui reste d'une utilisation courante dans l'obstétrique actuelle, requiert un grand nombre de connaissances spécialisés, tant théoriques que pratiques.

Des connaissances théoriques, portant sur l'anatomie et la physiologie obstétricale, qui, appliquées aux cas à résoudre, permettront de

préciser au mieux l'indication ou la contre-indication de laisser l'accouchement se dérouler par voie basse, et de terminer par une application de forceps.

Des connaissances pratiques et une certaine habitude aussi, qui permettront de poser le plus délicatement possible les branches du forceps, de faire au mieux les manoeuvres nécessaires, et de sortir également un enfant en parfait état.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : R. MERGER

Vu :

Le Doyen honoraire,  
Administrateur provisoire  
de la Faculté de Médecine :

Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET





